

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego nr 3/11/2016/OWES

WYKAZ OSÓB

L.p.	Nazwisko i imię	Wykształcenie (nazwa Uczelni, kierunek, data ukończenia)	Doświadczenie				Kursy/ szkolenia/ studia obejmujące swoim zakresem przygotowanie do pracy z sytuacją zmiany i rozwojem os. dorosłych * (wraz z wykazaniem godzin) * <u>dotyczy wsparcia psychologicznego</u>	Osoba przeznaczona do realizacji Tak/Nie
			od -do (pełna data)	nazwa podmiotu	liczba godzin	informacja o grupie odbiorców usługi		

.....
Miejscowość i data

.....
*Podpis wraz z pieczęcią osoby
uprawnionej do reprezentowania
Wykonawcy (lub czytelny podpis)*

Projekt pn.: „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w Debrznie”
współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego
Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.

